AUTORISATION DE VACCINATION CONTRE LA GRIPPE H1N1 ET COMPTE-RENDU ADMINISTRATIF 2009-2010

MARYLAND

Patient – Remplissez SVP les sections 1 à 8, puis signez et datez

(Écrivez lisiblement en lettres capitales à l'encre bleue ou noire et colorez à l'intérieur des cercles de manière nette)

STATE OF MARYLAND DHMH

1. Nom de famille:

Prénom: **Initiale:**

Adresse:

Ville: **État:** **Code postal :**

Date de naissance: MM / DD / YYYY **Sexe:** ○ M ○ F **Code du pays** *(Voir au verso)* **:**

Numéro de téléphone: - -

2. Ethnicité: Hispanique ou latino : ○ Oui ○ Non

3. Race *(Colorez tout ce qui vous concerne):* ○ Amérindien/Natif d'Alaska ○ Asiatique ○ Noir/Afro-Américain ○ Natif d'Hawaï/Insulaire du Pacifique ○ Blanc ○ Inconnu ○ Autre (Indiquez) _____

4. Quelle dose de vaccin H1N1 doit vous être administrée ? ○ Dose 1 ○ Dose 2 ○ Ne sais pas

5. Êtes-vous enceinte ? ○ Oui ○ Non ○ Inconnu

6. Habitez-vous ou vous occupez-vous d'enfants de moins de six mois ? ○ Oui ○ Non

7. Êtes-vous un professionnel du secteur de la santé ou un membre du personnel médical d'urgence en contact direct avec les patients ? ○ Oui ○ Non

8. Avez-vous des facteurs de risque sous-jacents tels que l'asthme ou une autre condition médicale chronique ou un système immunitaire compromis ? ○ Oui ○ Non

AUTORISATION ET DEMANDE D'ADMINISTRATION DU VACCIN H1N1. J'ai lu les informations ci-dessus et confirme qu'elles sont exactes. J'ai reçu un exemplaire de la « Vaccine Information Sheet » (Feuille d'informations sur les vaccins) relative au vaccin H1N1 et en ai pris connaissance, ou son contenu m'a été expliqué. Il m'a été donné la possibilité de poser des questions qui ont été répondues de manière satisfaisante. Je comprends les bénéfices et les risques du vaccin H1N1 et je donne mon autorisation pour que le vaccin me soit administré ou à la personne pour laquelle j'ai le pouvoir de déposer cette demande. Il m'a été fourni ou offert un exemplaire de la « Notice of Privacy Practices » (Charte de confidentialité).

Signature de la personne recevant et/ou autorisant la vaccination

_____ _____ Date:_____

Parenté avec la personne recevant la vaccination

For Clinic Use Only

Client Screened for Contraindications: Screener's Initials _____

Client given VIS on _____and understands VIS dated_____

Manufacturer: ○ CSL ○ Medimmune ○ Sanofi Pasteur ○ GSK ○ Novartis Lot #:

Dosage (If applicable): ○ 0.25mL (6-35 months) ○ 0.50mL (3 years and older) ○ Other_____

Route of Administration: ○ Intranasal IM Injection: ○ LA ○ RA ○ LL ○ RL ○ Other_____

Clinic Site:

Provider #:

Place Stamp Here

Date: MM / DD / YYYY

Signature of Vaccinator: _____

SAMPLE NOT FOR USE